Lane Medical Library 1880

EIN FALL

VON

TOTALEM VAGINALPROLAPS

WÄHREND DER

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM MONTAG, DEN 15. MÄRZ 1880,

MITTAGS 12 UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

FRANZ KRAUS

PRACT. ARZT

AUS MECKLENBURG.

OPPONENTEN:

O. BRINCKMANN, DR. MED. UND PRACT. ARZT.
M. KLOSTERHALFEN, CAND. MED.
W. STOOD, CAND. MED.

GREIFSWALD.
DRUCK VON CARL SELL.
1880.

SEINER

THEUREN MUTTER

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Scheiden- und Uterusvorfälle haben von jeher das volle Interesse der Aerzte in Anspruch genommen; es erklärt sich das aus der oft beträchtlichen Störung des Allgemeinbefindens, sowie aus dem Einfluss dieser Erkrankung auf Schwangerschaft und Geburtsverlauf. In der im Jahre 1860 in der „Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten“ veröffentlichten Abhandlung:

„Der Vorfall der Gebärmutter bei Schwangeren und Gebärenden von Dr. Hueter, Privatdocent in Marburg“

finden wir eine Reihe hierher gehörender Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Es ist allerdings nicht wahrscheinlich, dass es sich in allen hier mitgetheilten Fällen wirklich um einen Gebärmuttervorfall handelt; man wird wohl kaum irre gehen mit der Annahme, dass in manchen Beobachtungen Hypertrophien des Cervix ohne Lageveränderung des Uterus vorgelegen haben, welche Affection bis

zum Ende der fünfziger Jahre ja stets mit Uterusprolaps zusammengeworfen wurde, bis dieses Leiden in erster Linie von Huguier als selbstständiges Krankheitsbild beschrieben wurde. Hueter selbst betont, dass in den meisten Fällen unerwähnt geblieben ist, ob der Uterus bei der äusseren Untersuchung sich durch die Bauchwandungen durchfühlen liess oder nicht, und wie hoch im ersterer Falle der Fundus Uteri stand; es fehlt uns mithin der wichtigste Anhalt, um noch nachträglich wenigstens mit einiger Wahrscheinlichkeit entscheiden zu können, ob es sich in dem einen oder dem anderen Falle wirklich um eine Senkung respect. Vorfall der Gebärmutter oder aber nur um eine Hypertrophie des Cervix handelt. Hueter erwähnt freilich die damals vor Kurzem erschienene Arbeit Huguier's über die hypertrophischen Verlängerungen des Mutterhalses, bezweifelt jedoch, dass eine der in jener Monographie zusammengestellten Beobachtungen an Schwangeren gemacht sei.

Das wichtigste aetiologische Moment für die Entstehung von Vorfällen bildet unzweifelhaft das Wochenbett; unzweckmässiges Verhalten während desselben, vor Allem zu frühzeitiges Verlassen des Bettes ziehen oft jenes lästige Leiden nach sich und zwar um so leichter, als gerade während dieser Zeit die Beckenorgane schlaff sind und die normaler Weise straffe Verbindung des Uterus und der Scheide mit ihren Nachbarorganen gelockert ist. Dem ent-

sprechend finden wir Vorfälle weit häufiger bei Mehrgebärenden als bei Erstgebärenden und ferner weit häufiger bei Frauen aus der arbeitenden Klasse als bei solchen aus den besser situirten Ständen. Unter den in Hueter's Abhandlung zusammen gestellten Fällen betreffen 10 Fälle Primiparen, 27 dagegen Multiparen, während 32 Fälle unbestimmt sind; ferner ist in 35 Beobachtungen — darunter 7 an Erstgebärenden angestellt — der Prolaps bereits vor der Schwangerschaft vorhanden gewesen; in den 34 anderen Fällen, worunter 3 Primiparen verzeichnet sind, fehlt jede Andeutung, ob der Vorfall schon vor der Schwangerschaft bestand oder nicht. Jedoch ist anzunehmen, dass auch in diesen Fällen, wenn auch kein Vorfall, so doch eine Senkung des Uterus bereits vor der Schwangerschaft vorhanden war. Hohl (s. dessen Lehrbuch der Geburtshülfe u. s. w. Leipzig 1862. S. 249) sagt darüber: „Der Vorfall der schwangeren Gebärmutter lässt in den meisten Fällen voraussetzen, dass eine Senkung der Gebärmutter, ein unvollkommener oder selbst vollkommener Vorfall zur Zeit der Conception bestanden hat und in den beiden letzten Fällen eine Reposition vor und während des Coitus bewirkt worden ist."

Will man die Vorfälle classificiren nach der Zeit ihres Entstehens, so kann man unterscheiden zwischen solchen, die bereits zu Anfang der Schwangerschaft bestehen und solchen, die erst in der

zweiten Hälfte der Schwangerschaft oder kurz vor oder während der rechtzeitig eintretenden Geburt entstehen.

Betrachten wir in erster Reihe das Schicksal derjenigen Vorfälle, die schon zu Anfang der Schwangerschaft bestehen, so sehen wir zunächst, dass der Prolaps sich in den ersten Schwangerschaftsmonaten zurückzieht und dass Schwangerschaft und Geburt regelmässig verlaufen.

Bluff berichtet von einer schwächlichen 41 Jahre alten Frau, die in ihrem 31. Lebensjahre zum ersten Male niederkam und seitdem an einem leicht reponiblen Prolapsus Uteri litt. Die Frau gebar noch 3 Kinder, und zwar ging der Vorfall bei jeder Schwangerschaft (meist plötzlich in der Nacht) zurück, um im weiteren Verlauf der Schwangerschaft nicht wiederzukehren.

Richter beobachtete bei einer Frau, die seit lange einen totalen Uterusprolaps hatte, dass bei Eintritt der Schwangerschaft die Gebärmutter sich vor den Geschlechtstheilen entwickelte, dann aber um die Mitte der Schwangerschaft allmählich ins Becken zu steigen begann und zuletz ganz verschwand. Ueber den Verlauf der Geburt fehlen genauere Notizen. Der Prolaps kehrte nach der Geburt wieder und es wurde daher ein Pessarium eingelegt.

In andern Fällen dagegen erfolgt dieses spontane Zurückziehen des Prolapses nicht, vielmehr

bleibt der Vorfall bis zur rechtzeitig eintretenden Geburt und während derselben bestehen.

Jalouset entband eine Erstgebärende, die seit ihrem 15. Lebensjahre an einem vollkommenen Vorfall des Uterus litt. Der Prolaps hatte während der ganzen Dauer der Schwangerschaft bestanden, er liess sich leicht reponiren, fiel jedoch immer wieder vor. Da die Ränder des Muttermundes, aus denen die Haare des Kindes hervorragten, sehr starr und unnachgiebig waren, so wurden zahlreiche Incisionen gemacht. Nach einer Geburtsdauer von 48 Stunden wurde ein todtes Kind geboren. Das Wochenbett verlief für die Mutter günstig.

Dufour fand bei einer Mehrgebärenden von 34 Jahren, die seit ihrer ersten Geburt einen Vorfall hatte, im 6. Schwangerschaftsmonate den sehr verdickten Cervix aus der Vulva hervorragen; bis zum Beginn der Geburt blieb der Befund derselbe. Am 22. März 1793 ging nach einer mehrstündigen Wehenthätigkeit das Fruchtwasser ab, und nun trat bei noch thalergrossem Muttermunde der Kopf, umgeben vom Uterus, aus dem Beckenausgang heraus. Bis zum 23. März vergrösserte sich unter fortgesetzter Wehenthätigkeit der Vorfall derart, dass die schwangere Gebärmutter bis zu den Knieen herabhing. Der Muttermund hatte noch immer dieselbe Grösse wie am Tage vorher. Da Gangraen des Uterus drohte, wurde die Zerstückelung des Kindes beschlossen. Bei der Kleinheit des Mutter-

mundes mühte man sich mehrere Stunden vergeblich ab, bis plötzlich mit einer Wehe das Kind durch einen rechts über dem Muttermund entstandenen $2^1/_2$ Zoll langen Riss ausgetrieben wurde. Die Mutter überstand das Wochenbett glücklich.

Chopart beobachtete bei einer Frau, die sich als vierzehnjähriges Mädchen einen Prolaps zugezogen hatte, dass sich der schwangere Uterus theils vor den Geschlechtstheilen, theils innerhalb derselben entwickelte. Da die Wehen den sehr rigiden Muttermund nicht erweiterten, wurden Incisionen gemacht. Die Mutter überstand Alles glücklich; vom Schicksale des Kindes ist Nichts gesagt.

Hueter hat eine Anzahl von Beobachtungen zusammengestellt, in denen, da ein spontanes Zurückziehen der schwangeren Gebärmutter nicht erfolgte, durch den Arzt die Reposition gemacht wurde.

So reponirte z. B. Mauriceau bei zwei schwangeren Frauen den prolabirten Uterus; die eine dieser Frauen war im 5. Schwangerschaftsmonate und litt an grossen Urinbeschwerden; die andere war im 4. Monate und hatte bereits seit 10 Jahren einen Vorfall. In beiden Fällen wurde der reponirte Uterus durch ein Pessarium zurückgehalten, das ohne irgend welche Störung zu verursachen, bis zum rechtzeitigen Eintritt der Geburt liegen blieb.

Ferner berichtet Smellie von einer Frau, deren Prolaps während der Schwangerschaft durch ein Pessarium zurückgehalten wurde. In einem

andern ebenfalls von Smellie mitgetheilten Falle wurde bei einer Mehrgebärenden mit Prolapsus Uteri, die schon mehrere Male abortirt hatte und jetzt zum dritten Male schwanger war, im 4. Monate die Reposition gemacht und ein Pessarium eingelegt. Die Frau hatte in dieser Schwangerschaft schon mehrere Uterinblutungen gehabt und hatte am Ende des 4. Monates abermals eine. In der Mitte des 7. Monates traten Wehen ein, und es wurde eine kleine aber lebende Frucht geboren.

Hueter erzählt, dass er in der Vagina einer Mehrgeschwängerten ein Pessarium gefunden habe; auf Befragen habe die Person angegeben, dass sie mit demselben schon seit einigen Jahren ihren prolabirten Uterus zurückgehalten hätte. Das Pessarium wurde wieder eingelegt und blieb bis zur rechtzeitig eintretenden Geburt liegen.

Eine Incarceration des prolabirten schwangeren Uterus scheint nur selten vorzukommen; Hueter hat nur zwei Fälle dieser Art in der Literatur auffinden können. Beide Schwangere gehen an den Folgen der Einklemmung, deren Beseitigung der Kunsthülfe nicht gelang, zu Grunde.

Etwas häufiger dagegen ist bei bestehendem Vorfall das vorzeitige Eintreten der Geburt beobachtet.

Vieweg berichtet, dass er im August 1807 bei einer Person einen vollkommenen Prolapsus Uteri fand, der nach Angabe der Patientin bereits seit

2 Jahren bestand. Der Uterus war etwas geschwollen, jedoch unempfindlich. Repositionsversuche waren zunächst vergeblich und gelangen später nur unvollkommen; ein eingelegtes Pessarium brachte keine Besserung; Vieweg unterstützte daher den prolabirten Uterus mit einem Suspensorium. Einige Wochen darauf traten Wehen ein, und es wurde ein $2^1/_2$ Monate alter Foetus ausgestossen.

Oberstadt erzählt von einer im 6. Monate schwangern Frau, dass dieselbe während der Arbeit plötzlich einen Gebärmuttervorfall bekommen. Das Kind, das bereits — mit den Füssen voran — bis zur Brust geboren war, wurde extrahirt.

Ausserdem theilt Hueter noch fünf Fälle von Frühgeburten mit; in einem Falle (Wimmer) erfolgte die Geburt im 6. Monate, in zwei Fällen (Oswald, Plasse) im 7. Monate, in zwei Fällen ist die Zeit der Schwangerschaft nicht angegeben.

In der Literatur ist ferner eine grosse Anzahl von Beobachtungen mitgetheilt, bei denen der Vorfall entweder in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft oder kurz vor oder während der rechtzeitig eintretenden Geburt entsteht.

Müllner theilt mit, dass bei einer Frau, die im 5. Schwangerschaftsmonate war, während sie Wasser aus einem Brunnen schöpfte, die schwangere Gebärmutter vorfiel.

Fabricius fand am Ende der Schwangerschaft bei einer Drittgebärenden den ganzen Uterus vor

den Geschlechtstheilen; der Vorfall stand bereits seit zwei Monaten.

Perfetti entband eine Frau von 22 Jahren, die seit ihrem 18. Lebensjahre an einem Gebärmuttervorfall litt. Im 7. Monate der Schwangerschaft hatte der Uterus begonnen aus den Geschlechtstheilen herauszutreten. — In den drei angeführten Fällen trat die Geburt rechtzeitig ein, musste jedoch durch Kunsthülfe beendet werden.

In 13 Fällen, in denen der Vorfall erst kurz vor oder während der Geburt eintrat, bestand bereits vor der Schwangerschaft ein Prolaps; derselbe zog sich jedoch entweder in den ersten Monaten spontan zurück oder wurde reponirt und durch ein Pessarium zurückgehalten.

Im Folgenden will ich versuchen, den hier in Greifswald beobachteten Fall kurz zu schildern.

Frau Gr. aus Greifswald hatte bereits zwei Wochenbetten durchgemacht; die erste Geburt währte sehr lange, und wurde schliesslich ein todtes Kind geboren, die zweite Geburt verlief schneller, das Kind lebte, war jedoch klein und starb bereits nach sechs Wochen; beide Geburten wurden ohne Kunsthülfe beendigt. Seit der letzten Entbindung und während der ganzen Dauer der darauf wieder eintretenden Schwangerschaft litt die Gr. an totalem Scheidenprolaps, ohne jedoch bedeutende Beschwerden davon zu spüren; sie versuchte eine Zeit lang einen Mayer'schen Ring zu tragen, aber ohne jeden Er-

folg, da sie denselben bei der geringsten körperlichen Anstrengung verlor.

Nachdem trotz des bestehenden Vaginalprolapses die Schwangerschaft ohne irgend welche Störung ihr normales Ende erreicht hatte, traten am 28. Juni 1879, Vormittags schwache Wehen auf. Es wurde, da die Kreissende eine schwere Geburt befürchtete, sofort ärztliche Hülfe hinzugezogen.

Die äussere Untersuchung ergab eine Querlage des Kindes, und zwar lag der durch die Bauchdecken deutlich durchfühlbare Kopf in der rechten Mutterseite. Der Foetalpuls war regelmässig und von normaler Frequenz. Die Vagina war völlig prolabirt, die Scheidenschleimhaut bedeutend hypertrophirt und epidermis-ähnlich. Das Orificium uteri externum lag zwei Zoll weit vor den äusseren Geschlechtstheilen. Die Grösse des äusseren Muttermundes war die eines Markstückes; der Cervicalkanal war völlig durchgängig und zwei Zoll lang; ein vorliegender Kindestheil war nicht fühlbar.

Es wurde nun zunächst versucht, den ganzen Scheidenvorfall zu reponiren; die Reposition gelang denn auch sehr leicht, jedoch war es auf keine Weise möglich, die Retention zu erzielen. Wattetampons wurden sofort wieder herausgeschleudert; selbst ein stark aufgeblasener Colpeurynter konnte den Prolaps nicht zurückhalten; vielmehr wurde Alles — Colpeurynter und Vagina — durch die nächste Wehe wieder hervorgetrieben.

Es wurden daher die Versuche einer Reposition und Retention des Prolapses aufgegeben und zunächst eine Correction der fehlerhaften Lage des Kindes angestrebt. Da die Blase noch stand, wurde die Kreissende auf die rechte Seite gelagert, um durch ein Hinübersinken des Uterus nach rechts die Einstellung des Kopfes zu bewirken; jedoch blieb, wie vorauszusehen, dieser Versuch ohne jeden Erfolg. Ebenso wenig führten Versuche einer Wendung durch äussere Handgriffe zum Ziele. Da gleichzeitig die Wehenthätigkeit sehr schwach und unregelmässig geworden war, so verging auch der 29. Jnni, ohne dass die Geburt irgend welche Fortschritte machte.

Am 30. Juni stellten sich im Laufe des Tages leichte und regelmässige Wehen ein und jetzt gelang es auch, den Scheidenprolaps, nachdem er reponirt war, durch einen Colpeurynter zurückzuhalten. Da die Kreissende äusserst erschöpft war, bekam sie jetzt eine Morphiuminjection.

In der Nacht vom 30. Juni auf den 1. Juli begann das Fruchtwasser schleichend abzufliessen, und es wurde jetzt abermals die Wendung versucht und zwar diesmal durch combinirte innere und äussere Handgriffe nach Braxton-Hicks, jedoch vergeblich, da der Cervicalkanal zwei Zoll lang war. Es wurde daher vorläufig von weiteren operativen Eingriffen abgesehen und der Kreissenden, die in Folge der langen Dauer der Geburt bereits sehr

herunter gekommen war, wiederum eine Morphiuminjection gemacht. Da die Wehen jetzt ziemlich regelmässig waren, begann der Muttermund allmählich sich zu erweitern, so dass am 2. Juli, früh 4 Uhr der Muttermund ungefähr die Grösse eines Zweithalerstückes hatte und der Cervicalkanal verstrichen war. Die Lage des Kindes war jetzt folgende: Der Kopf lag rechts, der Rücken nach vorn; die Schulter war tief ins Becken gepresst, der linke Arm hing stark oedematös angeschwollen aus den Geschlechtstheilen heraus und bot dadurch ein bedeutendes Hinderniss für etwaige operative Eingriffe. Der Foetalpuls war schwach und unregelmässig. Es wurde nun zunächst ein Wendungsversuch mit der rechten Hand gemacht, jedoch gelang es nicht, zu den Füssen zu kommen, ebenso missglückte ein Wendungsversuch mit der linken Hand. Da auch weitere Versuche nicht zum Ziele führten, wurde beschlossen, die Decapitation vorzunehmen. Jedoch auch hier stellten sich unüberwindbare Schwierigkeiten in den Weg, da der Hals der Frucht zu hoch lag und nicht erreichbar war; über dem Beckeneingang lag vielmehr der Rumpf der Frucht. Aus demselben Grunde war auch die Exenteration unausführbar. Es wurde nun zunächst von operativen Eingriffen abgesehen; die Kreissende bekam eine Morphiumjection und wurde Vormittags $^1/_2$8 Uhr in die geburtshülfliche Klinik geschafft, da eine weitere Behandlung derselben in ihrer Behausung unthunlich

war, der Zustand der Gr. aber eine schleunige Beendigung der Geburt dringend erforderte.

Um Platz zu gewinnen, wurde nun der stark angeschwollene linke Arm, da derselbe das Operations-Feld bedeutend verengte, exarticulirt; die Perforation des Brustkorbes blieb jedoch trotzdem noch unausführbar, weil die enorme Schwellung der Scheidenschleimhaut alle Manipulationen sehr gefährlich machte. Es wurden nun abermals mehrere Wendungsversuche gemacht, und schliesslich gelang die Wendung auf den Fuss. Durch Extraction wurde nun der Rumpf des Kindes entwickelt, jedoch konnte der Kopf durch den Veit-Smellie'schen Handgriff nicht entwickelt werden. Es wurde daher die Zange angelegt, jedoch ebenfalls erfolglos. Es wurde nun versucht, mittelst der Braun'schen Trepankrone den Kopf zu perforiren, jedoch vergeblich, da die Trepankrone nicht bis ins Gehirn reichte; es war nämlich, wie sich später herausstellte, vom harten Gaumen in die rechte Orbitalhöhle trepanirt worden. Nach einem nochmaligen fruchtlosen Zangenversuche wurde der Rumpf vom Kopfe getrennt, da sich herausgestellt hatte, dass die Entwicklung des Kopfes durch Extraction am Rumpfe unmöglich war, und da überhaupt in Folge eingetretener Luxation der Halswirbel der Rumpf nur noch eine schlechte Handhabe bot. Nach gemachter Decapitation wurde die Kreissende ins Bett gebracht. Bis Nachmittags 4 Uhr gelang es den Wehen, den Kopf im Becken-

eingang zu fixiren; bei dem Versuche, denselben mit dem in den Mund eingeführten Zeige- und Mittelfinger zu extrahiren, riss der Unterkiefer aus. Es wurde daher zur Kephalotribe gegriffen, der Kopf mit derselben gefasst und extrahirt. Trotz der überaus schwierigen Verhältnisse unter denen operirt werden musste, waren durch die Hand des Geburtshelfers der Mutter keinerlei Verletzungen zugefügt worden. In Folge des frühen Blasensprungs und der langen Geburtsdauer war Luft in den Uterus gedrungen und dadurch eine Endometritis entstanden, die selbst consequent durchgeführten Ausspülungen mit Carbolsäurelösung Trotz bot. Nach fünf Wochen starb die Wöchnerin an allgemeiner Peritonitis und rechtsseitiger Pleuritis.

In den weitaus meisten Fällen sehen wir das Bestehen des Vorfalles auf den Verlauf der Schwangerschaft ohne jeden Einfluss bleiben. Sehr lebensgefährliche Zustände dagegen entstehen, wenn eine Incarceration des schwangeren prolabirten Uterus zu Stande kommt; jedoch scheint diese Complication glücklicher Weise sehr selten zu sein. Etwas häufiger, wenn auch ebenfalls noch recht selten, finden wir in der Literatur Fälle verzeichnet, in denen die Geburt vorzeitig eintrat. Vielleicht hatte sich in jenen Fällen in Folge der durch den Prolaps bedingten Stauungshyperaemie ein chronischer Uterusinfarct gebildet, vielleicht ist auch in der Einwirkung bedeutender mechanischer Insulte die Ursache des

vorzeitigen Eintretens der Geburt zu suchen. Man wird während der Schwangerschaft nur sehr selten zu therapeutischen Eingriffen veranlasst werden. Der Schwangeren ist möglichste Ruhe zu empfehlen; dieser Rathschlag wird von den meisten Frauen sehr gern befolgt werden, da die ruhige Rückenlage die oft recht bedeutenden subjectiven Beschwerden der Schwangeren am besten mildert. Ausserdem ist für gehörige Stuhl- und Urinentleerung Sorge zu tragen.

Während also ein normaler Verlauf der Schwangerschaft fast als Regel angesehen werden kann, liegen die Verhältnisse während der Geburt ganz anders. Die meisten Geburten werden durch die Kunsthülfe beendet, und zwar wird dieselbe erforderlich wegen der sehr langen Geburtsdauer, die sich oft über zwei, drei, ja noch mehr Tage erstreckt. Wir finden in diesen Fällen stets angegeben, dass die Eröffnung des Muttermundes trotz regelmässiger Wehenthätigkeit sehr langsam und träge vor sich geht.

Der Grund ist jedenfalls zu suchen in einer Hypertrophie des Cervix, sei es nun, dass dieselbe selbständig, d. h. ohne Lageveränderung des Uterus besteht — wie bereits oben betont, wurde früher dieses Krankheitsbild stets mit Uterusprolaps zusammengeworfen — oder sei es, dass gleichzeitig eine Senkung resp. Vorfall des Uterus vorhanden ist. Cervicalkanal und Muttermund verstreichen

sehr langsam, und durch die lange Geburtsdauer kommen die Kreissenden so sehr herunter, und wird das Leben des Kindes derart gefährdet, dass die Kunsthülfe eingreifen muss.

In den Fällen, wo trotz des bestehenden Vorfalles die Geburt ohne Kunsthülfe glücklich und leicht verlief, wird es sich um einen Uterusvorfall ohne gleichzeitige Hypertrophie des Cervix gehandelt haben. In den meisten Fällen wird berichtet, dass in den starren, unnachgiebigen Muttermund Incisionen gemacht sind, ja in einzelnen Fällen kommen in dem rigiden Gewebe Rupturen zu Stande, die endlich die Austreibung des Kindes ermöglichen; zuweilen wird sogar das prolabirte Stück Uterus gangraenös in Folge des anhaltenden Druckes, den der vorangehende Kindestheil und das Becken auf dasselbe ausüben. Trotzdem ist die Prognose für die Mutter eine relativ günstige zu nennen; von 56 Frauen mit Vorfall der schwangeren Gebärmutter, bei denen rechtzeitig die Wehen eintraten, stirbt eine unter der Geburt, fünf im Wochenbette. Von den Kindern dagegen, die bei bestehendem Prolaps rechtzeitig geboren werden, kamen 19 lebend und 14 todt zur Welt; in 24 Fällen ist das Schicksal des Kindes nicht erwähnt, jedoch wird der grössere Bruchtheil derselben wohl ebenfalls todt geboren sein. —

Für das Kind erwachsen während der Geburt weit grössere Gefahren als für die Mutter; bei der

langdauernden energischen Wehenthätigkeit kommt es leicht zu partiellen Lösungen der Placenta, und ferner wird bei jeder Contraction des Uterus die Zufuhr des arteriellen Blutes zum Kinde bedeutend beschränkt. In Folge des Sauerstoffmangels stirbt daher das Kind innerhalb des Uterus ab oder wird scheintodt geboren und geht dann meistens bald nach der Geburt zu Grunde.

Aus dem Angeführten erhellt, dass bei bestehendem Prolaps unter der Geburt häufig Verhältnisse eintreten, die ein energisches Eingreifen von Seiten des Arztes verlangen. Das Haupthinderniss für die Beendigung der Geburt erwächst, wie wir gesehen haben, aus der Hypertrophie des Cervix, es gelingt den Wehen nur sehr langsam, den Cervicalkanal zum Verstreichen zu bringen. Sehr wichtig ist es daher, die Blase möglichst lange zu erhalten; tritt jedoch der Blasensprung ein, bevor der Cervicalkanal völlig verstrichen ist, so wird man, um den völligen Abschluss des Fruchtwassers zu hindern, den Prolaps zu reponiren suchen, und falls dies gelingt, mittelst des Kolpeurynters, der gleichzeitig wehenerregend wirkt, tamponiren. Bei sehr schmerzhafter Wehenthätigkeit empfiehlt es sich, der Kreissenden eine Morphiuminjection zu machen, bei bedeutender Erschöpfung ist die Darreichung der Analeptica am Platze. Das kindliche Leben wird freilich häufig während der langwierigen Eröffnungsperiode zu Grunde gehen; jedoch liegt es nicht in

unserer Macht, einzugreifen, da, so lange noch ein Stück Cervicalkanal steht, eine Operation zur Beendiguug der Geburt nicht möglich ist. Sobald jedoch der Cervicalkanal verstrichen ist, werden wir die Geburt schleunigst zu Ende zu führen suchen, um event. noch das kindliche Leben zu erhalten, jedenfalls aber die erschöpfte Kreissende von ihren Leiden zu befreien. Man wird den Muttermund, um schnell zum Ziele zu gelangen, manuell erweitern und das Kind mittelst der Zange zu extrahiren suchen. Eine sehr unangenehme Complication ist gegeben in fehlerhafter Lage des Kindes. Haben wir eine Schulterlage vor uns, so ist meistens, ehe wir zur Wendung schreiten können, das Fruchtwasser längst abgeflossen und der Uterus in tetanischer Contraction, so dass die Wendung unmöglich werden kann und man zur Embryotomie schreiten muss.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Geh. Medic-Rath Prof. Dr. Pernice, der mir die Veröffentlichung des obenstehenden Falles gütigst gestattet hat, für die mir mit der freundlichsten Bereitwilligkeit gegebenen Rathschläge meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Franz Gottfried Ludwig Friedrich Kraus, geboren am 2. October 1857 zu Schwerin in Mecklenburg, Sohn des verstorbenen Postsecretairs Kraus und der Josephine, geb. Beetz, erhielt seinen ersten Unterricht in einer Elementarschule seiner Vaterstadt und wurde zu Michaelis 1866 in das Gymnasium Fridericianum zu Schwerin aufgenommen. Ostern 1875 wurde er von dort mit dem Zeugniss der Reife entlassen und bezog die Universität Greifswald, um Medicin zu studiren. Hier wurde er am 22. April 1875 von dem damaligen Rector Herrn Prof. Dr. Grohé immatriculirt und am 23. April von dem gleichzeitigen Decan der medicinischen Facultät Herrn Prof. Dr. Hueter in das Album der medicinischen Facultät eingetragen, Am 6. März 1877 bestand er das tentamen physicum, am 13. Januar 1880 das Staatsexamen und am 4. Februar 1880 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren:

Prof. Dr. Arndt: Psychiatrische Klinik.

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Budge: Gesammte Anatomie des Menschen. Präparirübungen. Mikroskopischer Cursus.

Prof. Dr. Eulenburg: Arzneiverordnungslehre. Specielle Arzneimittellehre.

Prof. Dr. Frhr. v. Feilitzsch: Experimentalphysik. Wärmelehre.

Prof. Dr. Grohé: Allgemeine Pathologie und Therapie. pathol.-anat. Cursus.

Prof. Dr. Haeckermann: Gerichtliche Medicin.

Prof. Dr. Hueter: Specielle Chirurgie. Operations-Cursus. Chirurgische Klinik und Poliknik.

Prof. Dr. Krabler: Physikal. Diagnostik.

Prof. Dr. Landois: Experimental-Physiologie. Embryologie.

Prof. Dr. Limpricht: Anorganische und organische Chemie. Chemisches Practicum.

Prof. Dr. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie. Physikal. Diagnostik. Klinische Uebungen. Medicinische Klinik und Poliklinik.

Prof. Dr. Münter: Medicinische Botanik. Botanische Excursionen.

Geh. Medic.-Rath Prof. Dr. Pernice: Theorie der Geburtshülfe. Krankheiten der Neugeborenen. Geburtshülfliche Operationen. Gynäkologische Klinik.

Dr. v. Preuschen: Pathologie und Therapie des Wochenbetts. Frauenkrankheiten. Geburtshülfliche Operationen.

Prof. Dr. Schirmer: Augenheilkunde. Die optischen Fehler des Auges. Physiologie und Pathologie der Netzhaut. Augenoperationscursus. Ophthalmoscopischer Cursus. Augenklinik.

Dr. Schüller: Verband- und Instrumentenlehre. Chirurgie der Geschwülste.

Prof. Dr. Vogt: Fracturen und Luxationen. Specielle Chirurgie. Kinderpoliklinik. Operationscursus.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen wärmsten Dank aus.

THESEN.

I.

Die Operation der Fistula ani ist möglichst frühzeitig zu machen, um einer Allgemein-Tuberculose vorzubeugen.

II.

Bei nicht heilendem Ulcus curis ist die Amputation des Unterschenkels das letzte Remedium.

III.

Bei Wehenschwäche in der Austreibungsperiode darf Secale cornutum nur dann gegeben werden, wenn man im Stande ist, die Geburt im Nothfalle beenden zu können.